

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a (in stampatello) _____
in qualità di:

- | | |
|---|--|
| ☐ PAZIENTE | ☐ TUTORE/PROCURATORE |
| ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO | ☐ AUTORITA' GIUDIZIARIA |
| ☐ GENITORI di minore (vedi dichiarazione Sostitutiva allegata) | ☐ FIDUCIARIO INDICATO NELLE DAT |

CHIEDE/CHIEDONO

- ☐ COPIA DELLA CARTELLA CLINICA IN FORMATO: ☐ CD ☐ CARTA ☐ FILE ☐ CHIAVETTA
☐ DUPLICATO DELLE IMMAGINI RADIOLOGICHE SU DVD

Per il seguente/i seguenti ricoveri

SDO	DAL	AL	Ordinario/Reparto	Day hospital
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

del Sig./Della Sig. ra

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Il documento viene richiesto per uso personale.

Modalità di consegna:

- ☐ PERSONALE ☐ CON DELEGA ☐ PEC _____
☐ POSTALE Mail per password _____

Cognome e Nome _____	
Via _____	Città _____ (____)
CAP _____	Tel. _____

NB. Si allegano documenti di riconoscimento del paziente e del delegato richiedente.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali in conformità a quanto previsto all'art. 13 del regolamento UE 2016/679/GDPR e dalle disposizioni del D. Lgs. 196/2003 avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Data _____ Firma del Richiedente _____

NB. La prima copia digitale viene rilasciata gratuitamente, fatto salvo il rimborso delle eventuali spese di spedizione. Per eventuali richieste di ulteriori copie, al rimborso delle spese di spedizione vanno aggiunte le seguenti Tariffe:

- Cartella su CD o CHIAVETTA o FILE → ricovero Ordinario € 35,00
- Cartella su CD o CHIAVETTA o FILE → ricovero Day Hospital € 15,00
- DVD immagini esami radiologici € 9,20

In caso di richiesta di copia cartacea, l'esatta quantificazione della tariffa è possibile solo dopo fotocopiatura della cartella clinica.

☐ **VISTO dall'Operatore del Servizio Copia Cartelle Cliniche**

Data _____ Firma _____

Data _____ Il Direttore Sanitario _____